**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO DZIENNEGO DOMU SENIORA W TRĄBKACH**

1. **INFORMACJE O PODOPIECZYM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | | | |
| Data urodzenia |  | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | |
| PESEL |  | | | |
| Wiek |  | | | |
| Numer telefonu |  | | | |
| Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | lekki | umiarkowany | | znaczny |
| Grupa inwalidzka | I grupa | | II grupa | |

1. **DANE KONTAKTOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Adres e-mail |  |

1. **DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z DOMEM SENIORA W SPRAWACH WNIOSKODAWCY/ DANE OPIEKUNA**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres zamieszkania/ adres do korespondencji |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA**

* Choroby, schorzenia w szczególności przewlekłe (proszę zaznaczyć, jakie)
* Nadciśnienie tętnicze
* Osteoporoza
* Zakrzepica
* Cukrzyca
* Udar
* Stwardnienie rozsiane
* Nowotwór
* Miażdżyca
* POCHP
* Astma
* Choroba Alzheimera
* Choroba Parkinsona
* Choroby otępienne
* Depresja
* Schizofrenia
* Inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Alergie/ uczulenia

 TAK (proszę wymienić jakie np. pokarmowe, na lekarstwa, lub inne)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 NIE

* Leki przyjmowane w godzinach 6.00 – 16.00

 TAK (proszę wymienić jakie)

godz.………………. Lek………………………………………………

godz.………………. Lek………………………………………………

godz.………………. Lek……………………………………………….

 NIE

* Czy wyraża Pan/Pani zgodę na podawanie leków?

 TAK

 NIE

* Stosowana/ wymaga dieta

 TAK (rodzaj diety proszę opisać)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

 NIE

* Wymagane wsparcie przy poruszaniu się

 Nie wymaga

 Pomoc drugiej osoby

 Wózek inwalidzki

 Balkonik

 Kule/ laska

* Czy występują dolegliwości bólowe (jeżeli tak proszę podać okolicę ciała)

TAK …………………………………………………………………………………………………………

 NIE

* Obecność w ciele:

 elementów metalowych TAK/NIE

 rozrusznik serca TAK/NIE

* Czy występują inne problemy zdrowotne takie jak

 obrzęki

 zaburzenia równowagi

inne …………………………………………………………………………………………………………………

* Czy osoba spożywa posiłki samodzielnie?

 TAK

 NIE

* Czy osoba wymaga karmienia łyżką i widelcem?

 TAK

 NIE

* Czy osoba zgłasza potrzeby fizjologiczne?

 TAK

 NIE

* Czy osoba samodzielnie, bez pomocy korzysta z toalety?

 TAK

 NIE

* Czy osoba używa pieluchomajtek, pampersów?

 TAK

 NIE

* Czy osoba choruje na cukrzycę (jeżeli tak proszę podać typ cukrzycy I lub II)

 TAK …………………………………………………………………………………………………………

 NIE

* Czy osoba przyjmuje insulinę (jeżeli tak proszę podać dawkę i godzinę przyjmowania)

 TAK ……………………………………………………………………………………………………………

 NIE

* Czy osoba jest w kontakcie logicznym?

 TAK

 NIE

* Czy osoba odpowiada na pytania?

 TAK

 NIE

* Proszę zaznaczyć, czy osoba jest:

 o łagodnym usposobieniu, optymistyczna, chętnie nawiązująca relacje interpersonalne

 lekko impulsywna

 osoba z zrachowaniami agresywnymi

* Czy osoba przejawia zachowania agresywne? (jeżeli tak proszę podać formę agresji – werbalna, fizyczna, zachowania autoagresywne)

 TAK …………………………………………………………………………………………………………

 NIE

* Czy osoba jest zainteresowana wsparciem z zakresu:

 zajęć edukacyjnych: treningi pamięci, gry i zabawy myślowe, pogadanki

 aktywności ruchowej

 terapii zajęciowej: arteterapia, biblioterapia, muzykoterapia

aktywizacji i integracji społecznej: spotkania z okazji świąt, urodzin, imienin, spotkania z różnymi osobami, wycieczki

* Czy osoba posiada jakieś hobby, zainteresowania? (jeżeli tak, proszę podać jakie)

 TAK …………………………………………………………………………………………………………………

 NIE

* Inne nieujęte powyżej uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej, psychicznej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Inne informacje przydatne do funkcjonowania w Dziennym Domu Seniora w Trąbkach

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Transport do placówki

 we własnym zakresie

 z dowozem

* Dni i godziny pobytu w Dziennym Domu Seniora w Trąbkach (proszę wpisać)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dzień tygodnia** | **Godziny pobytu (pomiędzy 6.00 a 16.00)** | **UWAGI** |
| **Liczba godzin** |
| 1. Poniedziałek |  |  |
| 1. Wtorek |  |  |
| 1. Środa |  |  |
| 1. Czwartek |  |  |
| 1. Piątek |  |  |

*Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę, w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować placówkę Dziennego Domu Seniora w Trąbkach w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

Trąbki …………………………… ……………………………… …………………………………

DATA PODPIS PRACOWNIKA CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY/

OPIEKUNA/ OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTÓW W SPRAWACH WNIOSKODAWCY

**Dzienny Dom Seniora**

**Trąbki 37**

Tel. 507-230-951

Email: [domsenioratrabki@gmail.com](mailto:domsenioratrabki@gmail.com)